

## CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA DEL SISTEMA DE EMPLEADOS DE HOGAR

El presente documento debe acompañar a la solicitud de pago directo realizada por el trabajador

D/D <sup>a</sup> _____ con DNI-NIE-Pasaporte _____ en calidad de empleador, <b>CERTIFICA:</b>	
Que son ciertos los datos relativos a las circunstancias personales, profesionales y de cotización, que se consignan a efectos de solicitar la prestación de:	
Incapacidad Temporal por Contingencia Profesional.	Riesgo durante el Embarazo o Lactancia Natural
Incapacidad Temporal por Contingencia Común.	Cuidado de menores con cáncer o enfermedad grave

### 1.DATOS DEL EMPLEADOR

Apellidos y nombre		Código Cuenta Cotización	
Domicilio			Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono	

### 2.DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y nombre		Número de Afiliación Seguridad Social	
DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono	Tipo de contrato. Tiempo: Completo                      Parcial	
Tramo de Cotización	Fecha de Inicio de la Actividad	Fecha Situación de IT o Riesgo	

### 3.BASE DE COTIZACIÓN DE LOS MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE LA PRESTACIÓN

Año	Mes	Días Cotizados	Base de Cotización por C.C. y C.P.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del Empleador